

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO
“INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” (IRF) ai sensi dell’art. 12 della L.R. n.
22/2022 2022 e ss.mm.ii. – ANNO 2024.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov.
_____ il _____ residente a _____ (OR) Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
tel. _____ cell _____ e-mail _____

CHIEDE

la concessione del sostegno economico denominato “Indennità regionale fibromialgia” (IRF) per l’annualità 2024 ai sensi delle D.G.R. nn. 07/12 del 28/02/2023 e 10/39 del 16.03.2023,

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (artt. 46 e 47), sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione (art. 75 “decadenza benefici” e 76 “norme penali” D.P.R. 445/2000):

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

- di essere residente nel Comune di San Vero Milis;
- di essere in possesso della certificazione medica, rilasciata in data non successiva al 30 aprile 2024 attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata da un medico specialista (non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato che libero professionista (da barrare in caso di nuova domanda);
- non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- Di aver preso visione dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al procedimento e di averle comprese in tutte le loro parti.

A tal fine allega, a pena di esclusione:

- Certificazione medica, di data non successiva al 30 aprile 2024 attestante la diagnosi di fibromialgia (da presentare solo in caso di nuova domanda);
- attestazione ISEE ordinario 2024 in corso di validità;
- copia del documento d’identità e della tessera sanitaria;
- copia dell’IBAN.

San Vero Milis lì _____

Firma
